



Spett.le  
**ENTE NAZIONALE di PREVIDENZA e ASSISTENZA  
della PROFESSIONE INFERMIERISTICA**  
Via Alessandro Farnese, 3  
00192 - ROMA

## DOMANDA PER L'INDENNITA' DI MALATTIA

(le dichiarazioni sono rese ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome	Codice fiscale
---------	------	----------------

Iscritto all'Ente dal	Esonerato dall' Ente dal	Pensionato Ente [si] [no] dal.....
-----------------------	--------------------------	---------------------------------------

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Stato civile
-------------------	-------	-----------------	--------------

Residente in

Via/Piazza	Comune	Prov.	CAP	Tel.
------------	--------	-------	-----	------

### DICHIARA

- ✓ **di non svolgere**, contestualmente all'attività libero professionale, lavoro dipendente disposto con orario superiore alla metà del tempo pieno.
- ✓ di essere in regola con gli adempimenti contributivi e dichiarativi <sup>1</sup>

<sup>1</sup>La regolarità della posizione contributiva è condizione necessaria per l'erogazione dell'intervento assistenziale. Il procedimento non sarà avviato in presenza di somme a debito, a titolo di contributi, interessi e sanzioni, per un importo complessivo superiore ad € 50,00. Eventuali somme a debito, a titolo di contributo, interessi e sanzioni, inferiori complessivamente ad € 50,00 saranno trattenute d'ufficio dall'importo dell'indennità riconosciuta.

### CHIEDE

che gli/le sia concessa l'indennità per malattia, essendosi verificata un'interruzione forzata dell'attività professionale:

per un periodo pari o superiore a 30 giorni e precisamente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

(come da relativa certificazione allegata);

per ricovero avvenuto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (come da certificato di degenza ospedaliera allegato).

### COMUNICA

di avvalersi per l'anno in corso dei regimi fiscali agevolati previsti dall'art. 13 della L. 388/2000 e dall'art. 27 del D.L. 98/2011 (convertito dalla L. 111/2011) e pertanto richiede l'esenzione dalla ritenuta d'acconto sull'importo liquidato a titolo di indennità di malattia:

si  no

di avere diritto a risarcimento per responsabilità civile dei terzi:

incidente del \_ / \_ / \_

impresa di assicurazione \_\_\_\_\_

sede di \_\_\_\_\_ referente assicurazione \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a comunica il codice IBAN per l'erogazione:

IBAN (\*) \_\_\_\_\_

(\*) Dal 1 gennaio 2008, l'IBAN (International Bank Account Number) sostituisce le tradizionali coordinate bancarie (ABI, CAB e numero di conto corrente).

### **Documentazione da allegare alla domanda**

Il/La sottoscritto/a allega alla domanda:

- a) Copia del documento di identità;
- b) Certificazione medica comprovante la patologia e la sospensione dell'attività professionale;
- c) Certificato di degenza;
- d) Eventualmente, autorizzazione del SSN al ricovero presso strutture estere.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **Informativa sulla privacy**

La informiamo che, ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche ed integrazioni, i dati e le informazioni richiesti verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi. I suoi dati non saranno diffusi. Fermo restando il divieto di cui all'art. 26, 5° comma del D.Lgs 196/2003, i Suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione, allo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente, nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti.

In ogni momento la S.V. potrà accedere a tali dati chiedendone la modifica, l'aggiornamento ovvero la cancellazione.

Titolare del trattamento è ENPAPI, Via Alessandro Farnese 3 - 00192 Roma. Il responsabile del trattamento è il Presidente pro-tempore dell'Ente.

### **Autorizzazione al trattamento dei dati**

Il sottoscritto, come indicato nell'informativa fornita ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, per l'esecuzione dei servizi erogati dall'Ente **autorizza** il trattamento dei **dati personali**, eventualmente comunicati a soggetti terzi in relazione a specifici incarichi per servizi bancari, finanziari o assicurativi; attività di lavorazione a stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni agli assicurati; servizi informatici o di assistenza telefonica; archiviazione per conto dell'Ente, ed **autorizza**, inoltre, il **trattamento dei dati sensibili**, già acquisiti o che saranno acquisiti dall'Ente a seguito delle operazioni o dei contratti indicati dall'informativa, sempre nei limiti in cui gli stessi siano strumentali per la specifica finalità perseguita dall'operazione o dei servizi da me richiesti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

---

### **INFORMAZIONI SUL CONTRIBUTO PER INDENNITA' DI MALATTIA.**

#### **Soggetti legittimati.**

L'indennità di malattia può essere erogata a favore dei soggetti iscritti all'Ente quando, a seguito di malattia o infortunio, si verifici l'interruzione forzata dell'attività professionale per un periodo pari o superiore a 30 giorni.

*L'indennità di malattia può essere erogata, prescindendo dalla durata della degenza, in caso di ricovero dell'iscritto contribuente presso strutture ospedaliere pubbliche o private, se convenzionate con il SSN. La prestazione può essere altresì erogata in caso di ricovero fuori del territorio nazionale, se l'intervento risulta comunque coperto ed autorizzato dal SSN. La prestazione può essere erogata per un massimo di 180 giorni in relazione ad un medesimo evento. In ogni caso non si può usufruire dell'indennità di malattia per più di 180 giorni nel corso dell'anno solare, anche con riferimento ad eventi diversi.*

#### **Importo del contributo**

I criteri per la determinazione dell'importo dell'indennità sono quelli previsti dettagliatamente nell'art. 4 del Bando per i Trattamenti di Assistenza 2017 per l'indennità di malattia.

#### **Presentazione della domanda.**

La domanda, redatta su apposito modulo e sottoscritta dal richiedente la prestazione, deve essere inviata all'Ente entro 180 giorni, decorrenti dal giorno in cui è cessata la menomazione della capacità lavorativa, comunque entro e non oltre il 31/12/2017.